

# W sprawie techniki operacyjnéj przy bocznéj faryngotomii celem wydobycia nowotworów migdałka.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.



W obec faktu, że resekcyje połyku celem usunięcia nowotworów tamże usadowionych należą jeszcze do rzadkości, daléj, że metody do tego używane jeszcze nie są zupełnie ustalone, gdyż prawie każdy z dotychczas operujących postępował według swojéj lub przynajmniéj przez siebie zmodyfikowanéj metody, uważam każdy przyczynek na tem polu za nader ważną zdobycz i z tego powodu pozwalam sobie i mój przypadek, jakkolwiek odosobniony, podać do publicznéj wiadomości a to tém bardziéj, ile że on daje mi sposobność do poczynienia uwag nad dotychczasowemi metodami.

Franciszek Wójcik lat 49 liczący wieśniak z okolic Proszowic zgłosił się z końcem marca b. r. do Dra. Pieniążka, docenta laryngologii, celem zasięgnięcia porady z powodu choroby gardła trwającéj już od kilku miesięcy a objawiającéj się pełnością w gardle i bardzo przykrą dusznością, osobliwie podczas snu, który z tego powodu już od kilku tygodni zaledwie chwilami może przyjść do skutku; łykanie odbywa się według podania dobrze. Kol. Pieniążek skon-





statowawszy za pomocą laryngoskopu, że guz, który wolném okiem spostrzedz się dawał między łukami strony prawéj, sięga w dół aż do nagłośni i fałdu nagłośnio-nalewkowego, skutkiem czego nagłośnia zbacza w lewo i jest podkowiasto wygiętą, uważał guz ten za nowotwór złośliwy a mianowicie za mięsak i przyprowadził tego chorego do mnie celem wspólnéj narady, czy guz ten nie da się usunąć jeszcze drogą operacyjną. Stwierdziwszy w gardle stan dopiero co opisany a nadto i tę okoliczność, że kilka gruczołów limfatycznych okazało się na szyi pod prawym kątem szczęki dolnéj znacznie powiększonych, skłaniałem się więcéj do rozpoznania raka w migdałku, lecz zarazem oświadczyłem gotowość usunięcia go za pomocą operacyi, na którą pacyjent z wielką zgodził się ochotą.

Nim przystąpiłem do rękoczynu, wypadało mi się rozpatrzeć w metodach, które dotąd w tym celu były używane. Tu przedstawił mi się następujący wybór:

1) Dawniejsze cięcie Langenbecka, t. j. od kąta ust ukośnie przez szczękę w tył i ku dołowi aż do wysokości chrząstki tarczykowéj, naturalnie z przepiłowaniem szczęki dolnéj. To cięcie mi nie odpowiadało z powodu, że przez nie otwiera się jamę ust, którą pragnąłem ile możności oszczędzić.

2) Późniejsze cięcie Langenbecka czyli właściwe faryngotomijne: od połowy trzonu szczęki dolnéj w koło rożka gnyku a następnie wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy aż do wysokości chrząstki obrączkowéj. I to cięcie nie odpowiadało wymaganiom także z powodu otwarcia jamy ustnéj.

3) Cięcie Gussenbauera wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy od wyrostka sutkowego aż do pierwszych pierścieni tchawicowych wydało mi się tutaj niewystarczającém, gdyż ono odsłania przeważnie dolną połowę połyku.

Po wykluczeniu tych trzech cięć pozostały mi do rozporządzenia jeszcze dwa a mianowicie 4) cięcie Kochera, które jest właściwie połączeniem cięcia drugiego Langenbecka z cięciem Gussenbauera i równie ma tę wadę

iż trzeba przy niém otworzyć jamę ust; nareszcie 5) cięcie Mikulicza, które ma zaletę wspólną z cięciem Gussenbauera, t. j. że przy niém nie otwieramy jamy ustnéj, a nadto tę korzyść, że przez przepiłowanie szczęki tuż po nad kątem jéj i wyłuszczenie części stawowéj téjże otrzymujemy znakomity przystęp do jamy połyku.

Gdyby nie ta ostatnia okoliczność, byłbym się bezwarunkowo oświadczył za tém ostatniém cięciem, lecz powody dla których Mikulicz dodał wyłuszczenie przepiłowanéj gałęzi szczęki dolnéj, a mianowicie, aby w razie rozszerzania się nowotworu ku górze i konieczności wyjęcia części sąsiadujących ze stawem dolnoszczękowym zapobiedz możliwemu zesztywnieniu tegoż stawu, nie bardzo mi trafiły do przekonania i wątpię, czy który z chirurgów przyjmie tę metodę. Zdawało mi się bowiem, że wszystkie korzyści téj metody dadzą się osiągnąć w inny sposób z pominięciem téj, zdaniem mojém, znacznéj niekorzyści, t. j. wyłuszczenia gałęzi szczęki dolnéj. Kazuistyka dotychczasowa Kochera i Genzmera poucza nas, że wyjęcie bardzo rozległych, na łuki i korzeń języka rozszerzonych nowotworów migdałka nie pociągnęło za sobą zesztywnienia stawu dolnoszczękowego; a gdyby to w którym przypadku rzeczywiście zagrażało, to założenie sztucznego stawu w miejscu przepiłowania zapobiegłoby snadnie złemu, jak ono zapobiega w przypadkach sztywności tegoż stawu z innych przyczyn wynikłéj.

Dla tego téż obmyśliłem sobie sposób postępowania łączący w sobie wszystkie korzyści metody Kochera i Mikulicza a zarazem usuwający tychże niekorzyści. Od Kochera zapożyczyłem się co do cięcia kątowatego, gdyż ono wydało mi się najpraktyczniejszém, tylko przeniosłem kąt rany nieco wyżéj tak, aby przepiłowanie szczęki odbyło się, w miejscu przez Mikulicza wskazaném, t. j. na 1 ctm. powyżéj kąta szczęki dolnéj. Tym sposobem można operować spokojnie i swobodnie bez otwarcia jamy ust, otwiera się jamę połyku na samym końcu a zatem uniknąć można tracheotomii i tamponady tchawicy a mimo to zeszyć można napowrót przepiłowane po-

łowy szczęki dolnéj szwem srebrnym. Obawy Mikulicza co do niezrastania się równego szczęki zdawały mi się płonnemi w obec faktu, że przepiłowujemy szczękę tuż po nad kątem, przez co sprawiamy, że każda część przepiłowana zaopatrzoną jest w silny mięsień do żwania przeznaczony, jedna bowiem unoszoną będzie przez żwacz a druga przez mięsień skroniowy, co zapobieże rozchodzeniu się przepiłowanych a następnie zeszytych połów.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te korzyści otrzymamy także cięciem podaném przez Mikulicza, jeżeli w metodzie jego wyrzucimy tylko wyłuszczenie gałęzi dolnoszczękowéj a natomiast dodamy zeszycie kości przepiłowanych i początkowo tak postąpić zamierzałem, lecz wolałem dodać do podłużnego cięcia wzdłuż przedniego brzegu schylacza wykonanego drugie od kąta szczęki dolnéj ku niemu prostopadle schodzące, raz, żeby módz dobrze hakami przepiłowane kości rozsunąć i przystęp do połyku sobie ułatwić a powtóre, aby jak najmniéj części miękkie do około przepiłować się mającego miejsca rozciągać a przez to nieudanie się rychłozrostu wykluczyć.

Czy metoda ta teoretycznie pomyślana sprawdziła się w praktyce, niech rozstrzygnie dalszy przebieg.

W dniu 1-go kwietnia b. r. przystąpiłem przy współudziale Doc. Dra. Pieniążka i Drów Mężyka, Dobruchowskiego, Szymańskiego, Sroczyńskiego i Doktoranda K. Merhauta z Pragi do operacyi, którą rozpocząłem od narkozy zwykłą drogą, gdy jednak pacyjent zaraz przy pierwszych objawach uśpienia zaczął się w przerażający sposób zaduszać i to jeszcze w wyższym stopniu niż w śnie zwyczajnym, zmuszony byłem wykonać tracheotomiję i tą drogą do skutku doprowadzić narkozę; przy téj sposobności zastrzegam się najwyraźniéj, że tracheotomija tym razem wywołaną była tylko wielkością i szczególniejszém położeniem nowotworu. Następnie wykonałem cięcie wzdłuż przedniego brzegu m. schylacza głowy od wyrostka sutkowego aż do wysokości chrząstki obrączkowéj, dostałem się tędy do wielkich naczyń szyjnych, które odsunąłem ha-

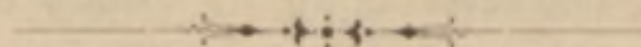
kiem na zewnątrz a wyłuszczywszy kilka gruczołów naciekłych wielkości jaja gołębiego i większych, podwiązałem tętnicę językową i dolnoszczękową a w końcu przeciąłem mięśnie dwubrzuszny i rylcognykowy. Teraz poprowadziłem cięcie drugie pod kątem począwszy od zetknięcia się górnéj 1/3 ze średnią cięcia poprzedniego ku kątowi szczęki dolnéj, którą odsłoniwszy z części miękkich przepiłowałem tuż po nad uczepieniem m. żwacza nie otwierając wcale jamy ust. Po rozciągnięciu hakami obu połów przepiłowanéj szczęki i obu brzegów pierwszéj rany odsłoniłem sobie najdokładniéj boczną ścianę połyku a zarazem i tkwiący w niéj obrzęk twardy wielkości jaja gęsiego. Aby go lepiéj uwydatnić wypchał go kol. Pieniążek wprowadzonym przez jamę ust palcem wskazującym, poczem z łatwością go okroiłem i wydobyłem. Krwotok był w całości bardzo mały a do połyku dostało się zaledwie parę kropel. Przepiłowaną szczękę zespoiłem dwoma drutami srebrnemi a pokrywającą ją ranę poprzeczną trzema szwami węzełkowemi, ranę zaś podłużną zostawiłem niezeszytą, wprowadziłem przez nią dren grubości palca i tak długi, że jednym końcem leżał w żołądku a drugim sterczał za uchem a zresztą wytamponowałem ją 20% gazą jodoformową. W ciągu całéj operacyi, która z powodu trudności przy wyłuszczaniu naciekłych licznych gruczołów trwała przeszło półtoréj godziny, spał chory doskonale pod wpływem chloroformu wprowadzonego przez kaniulę.

Z przebiegu dalszego mam do zanotowania, że kaniulę zostawiono w tchawicy przez dni sześć, że odżywianie płynami za pomocą drenu, wprowadzonego przez ranę do żołądka, odbywało się przez dni dziesięć, poczém chory zaczął się odżywiać drogą naturalną pomimo, że początkowo część pokarmów wydobywała się na zewnątrz raną, która przy tamponadzie gazą jodoformową szybko wypełniała się ziarniną i tak się zmniejszała, iż chory mógł po pięciu tygodniach jako zupełnie wyleczony i z dobrze utrzymaną funkcyją szczęki dolnéj zakład opuścić.

Tak więc przypadek ten stwierdził moje przypuszczenia teoretyczne, t. j. że cięciem w powyższy sposób wykonaném dostać się możemy wygodnie do górnych części połyku celem wycięcia z niego nowotworu, że odbyć się to może bez równoczesnego otwarcia jamy ust a w danym razie i bez otwarcia dróg oddechowych a w końcu, że w ten sposób przepiłowana szczęka dolna zrasta się szybko i bez narażenia swéj funkcyi.

Dla tego téż śmiało polecić mogę szanownym kolegom kątowate cięcie według mojego podania jako najodpowiedniejsze do otwarcia a właściwie resekcyi połyku w górnéj jego części przyznając zarazem, że w razie równoczesnego zajęcia przez nowotwór dna jamy ustnéj najlepszém będzie drugie czyli faryngotomijne cięcie Langenbecka, do wydobycia zaś nowotworów umieszczonych w dolnych częściach połyku wystarczy cięcie Gussenbauera.

W końcu dodać winieniem, że badanie drobnowidowe wykazało w wydobytym guzie utkanie mięsakowe (*sarkoma parvicellulare*), co także należy do rzadkości, gdyż migdałki przeważnie ulegają zwyrodnieniu rakowatemu. Przed operacyją przemawiała wielkość guza za mięsakiem, lecz licznie zajęte gruczoły limfatyczne kazały nam raczéj rozpoznawać zwyrodnienie rakowe.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego.“ 1887, Nr. 24.

Kraków. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

